

PC en radio-oncologie 2020 : sites urologiques -- Points essentiels

Cancer de la prostate

- Le cancer le plus fréquent chez l'homme (excepté cancers de la peau)
- Deuxième cause de décès par cancer chez l'homme (derrière poumon)
- Maladie de l'âge avancé (âge = facteur de risque principal)
- Savoir ce qu'est le **PSA**, marqueur sanguin en général élevé dans le cancer de la prostate, utile dans le suivi et le dépistage (mais intérêt débattu)
- Avoir une idée de la problématique de cette maladie très fréquente mais souvent d'évolution très lente et touchant surtout des hommes âgés (ayant souvent d'autres problèmes de santé) :
 - Afin d'éviter les effets secondaires des traitements, on peut se permettre de surveiller plutôt que traiter dans beaucoup de cas, mais dans chaque cas particulier on ne sait pas comment la maladie évoluera
 - Le dépistage par PSA est donc un outil à double tranchant, permettant sans doute de sauver des vies, mais au prix de soumettre beaucoup d'hommes aux effets secondaires des traitements pour des cancers qui ne seraient jamais devenus symptomatiques et donc n'auraient jamais été détectés sans le dépistage par PSA
- Histologie = **adénocarcinomes** (prostate = tissu glandulaire)
- Connaître le terme « **score de Gleason** », utilisé pour désigner le grade de la tumeur et donc son agressivité, qui est important dans la décision du type de prise en charge
- La stadification : utilise le système **TNM**
- La maladie est classée en « **catégories de risque** » sur la base principalement du PSA, du score de Gleason, et du stade TNM
- Examens radiologiques clés dans le bilan (avoir une idée...)
 - **IRM pelvienne** pour évaluer la tumeur et détecter d'éventuels ganglions pelviens atteints
 - **Scintigraphie osseuse** dans beaucoup de cas vu la fréquence des métastases osseuses dans cette maladie (les métastases dans d'autres localisations, p.ex. poumon ou foie, sont extrêmement rares)
 - **PET-CT à la fluorocholine ou au PSMA** = nouveauté utile et remboursé dans le bilan des récidives biochimiques (savoir que le PET au FDG n'est pas un bon examen dans le cancer de la prostate)
- Les options de traitement / prise en charge:
 - Observation
 - Surveillance active
 - Chirurgie = prostatectomie
 - RT (savoir que ces différentes options existent toutes):
 - **RT externe et curiethérapie comme options de traitement « exclusif »** = en lieu d'une prostatectomie
 - La RT externe peut aussi être donnée :
 - Comme **traitement « adjuvant »** = **post-opératoire** si certains critères
 - Comme **traitement « de sauvetage »** ou « **de rattrapage** » pour le traitement à visée curative des « récidives biochimiques » = réapparition du PSA dans le sang, parfois des années après la prostatectomie
 - Par **stéréotaxie** = technique actuellement en croissance, cf ci-dessous
 - Comme traitement palliatif, notamment pour le traitement de métastases osseuses
 - **Hormonothérapie** :
 - Seule en situation métastatique

- **En combinaison avec la RT externe parfois** (pas besoin de connaître de détails, mais savoir que joue un rôle important avec la RT dans cette maladie vu que la prostate est un organe hormono-sensible)
 - Chimiothérapie et autres nouveaux traitements pour la maladie métastatique (pas actuellement de rôle de la chimiothérapie dans les traitements curatifs)
- Savoir que le choix du traitement dans chaque cas dépend sur des facteurs multiples incluant la catégorie de risque, l'espérance de vie, et le désir du patient
- RT externe :
 - **Avoir une idée des doses approximatives en fractionnement classique:**
 - Pour la RT exclusive, environ **78 Gy en 39 fractions** au niveau de la **prostate** (*chiffre précis pas à savoir, mais avoir une idée que c'est beaucoup plus que 45-50 Gy qui ne suffisent pas*)
 - **66-72 Gy sur la loge prostatique** en situation post-opératoire ou de sauvetage
 - **Parfois 45-50 Gy au niveau des ganglions pelviens**
 - Effets secondaires aigus (**NB en retenir deux**) : fatigue, inflammation rectale, difficultés urinaires (augmentation fréquence, gêne)
 - Effets secondaires tardifs (**NB en retenir deux**) : gêne urinaire chronique, impuissance, diarrhées chroniques si irradiation pelvienne, saignements sur inflammation rectale chronique
- Quelques tendances récentes/actuelles en RT externe
 - Connaître la notion d'«**escalade de dose** » possible grâce aux progrès techniques → IMRT/VMAT qui épargnent mieux les organes à risque et notamment le rectum, permettant de donner à la prostate des doses plus élevées environnant les 80 Gy plutôt que les 70 Gy possibles il y a 15-20 ans, et donc d'améliorer les résultats
 - Avoir une notion des **schémas « hypofractionnés »** qui sont actuellement en train de remplacer le fractionnement classique comme nouveau standard, étant tout aussi efficaces tout en n'augmentant pas la toxicité aiguë ou chronique. Ces schémas administrent une dose par fraction plus élevée mais **moins de fractions** (d'où le nom « **hypofractionnement** ») et une dose totale moins élevée, par exemple 60 Gy en 20 fractions de 3 Gy ou 70 Gy en 28 fractions de 2,5 Gy (avoir juste une idée d'à quoi ressemblent ces fractionnements)
 - La **stéréotaxie**, qui délivre typiquement des doses de 5 x 7,5 Gy environ (juste avoir une idée que ce n'est pas 5 x 2 Gy par exemple...), avec de bons résultats mais des considérations particulières (par exemple la dose à l'urètre qu'il faut contrôler de façon stricte lors de la planification)
- Curiethérapie : pas de détails à connaître, savoir simplement que ça existe avec deux options :
 - **A bas débit (« LDR »)** = implantation de grains d'iode radioactif (savoir que ce n'est pas du calcium...)
 - **A haut débit (« HDR »)** comme « boost » après une RT externe
 - Avantages potentiels (en retenir deux)
 - Moins d'effets secondaires digestifs et vessie
 - Moins d'impuissance
 - Pas si évident avec plus de recul (et d'autres problèmes comme la toxicité potentielle liée à un surdosage de l'urètre)
- Avoir une idée des avantages/désavantages de la RT vs. la prostatectomie:
 - Avantages : pas d'incontinence, moins d'impuissance, pas de risque de complications opératoires
 - Désavantages : effets secondaires digestifs/vessie à long terme, traitement plus long